

REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Juliana Araujo da Silva Simoura¹
Marcela Beatriz Aguiar Moreira²
Cristiane Brandão Santos Almeida³
Rafaela Braga Pereira Veloso⁴
Mirella Falcão Lima⁵
Marília de Matos Amorim⁶
Alessandra Laís Pinho Valente Pires⁷

RESUMO: Avanços, fragilidades e obstáculos são notórios para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em toda sua complexidade, especialmente nos entraves referentes a regionalização dos serviços. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, na sua dimensão da gestão, intensificou o caráter político e a responsabilização estadual e municipal. Nessa perspectiva, surgiram diversas discussões em torno da efetivação da regionalização do SUS. Assim, têm-se como objetivo investigar a literatura em busca de evidências científicas que analisaram a regionalização do SUS como uma importante diretriz norteadora da operacionalização do sistema. Trata-se de uma revisão de literatura, em que foram selecionados artigos indexados nas bases dados do MEDLINE/Pubmed, LILACS, SCIELO e BBO, no ano de 2015. Os estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade, foram selecionados e lidos na íntegra, e, então, foi realizada a interpretação dos dados coletados. Com a presente investigação, constatou-se que há desafios a serem superados na formação de redes de saúde transterritoriais integradas e articuladas para suprir as principais demandas de saúde da população. E para fomentar a resolução desses entraves, faz-se necessário por em prática ações a nível de todos os entes federados, junto à participação popular, em prol de uma construção coletiva desta nova realidade.

Palavras-chave: Regionalização, Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Advances, weaknesses and obstacles are notorious for the implementation of the Unified Health System (SUS) in all its complexity, especially in the barriers related to the regionalization of services. In recent years, the Ministry of Health, in its management dimension, has intensified the political character and state and municipal accountability. From this perspective, several discussions arose around the effectuation of SUS regionalization. Thus, the objective is to investigate the literature in search of scientific evidence that analyzed the regionalization of SUS as an important guiding guideline of the operationalization of the system. This is a literature review, in which articles indexed in the MEDLINE / Pubmed, LILACS, SCIELO and BBO databases were selected in 2015. Studies that met the eligibility criteria were selected and read in full, and then the interpretation of the collected data was performed. With this research, it was found that there are challenges to be overcome in the formation of integrated and articulated transterritorial health networks to meet the main health demands of the population. And to promote the resolution of these barriers, it is necessary to implement actions at the level of all federated entities, together with popular participation, in favor of a collective construction of this new reality.

Keywords: Regional Health Planning; Health Services; Unified Health System.

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana

² Universidade Estadual de Feira de Santana

³ Universidade Estadual de Feira de Santana

⁴ Universidade Estadual de Feira de Santana

⁵ Universidade Estadual de Feira de Santana

⁶ Universidade Estadual de Feira de Santana

⁷ Universidade Estadual de Feira de Santana

1. INTRODUÇÃO

Como diretrizes constitucionais de organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização e a regionalização foram estabelecidas pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, ou seja, têm sido implementadas ao longo dos 20 anos do SUS (BRASIL, 1988, 1990; MACHADO et al., 2012, p. 823–852).

Ao rescindir o paradigma de monopolização das ações de saúde baseadas, apenas, em comandos do Poder Executivo Nacional, foi possível redefinir responsabilidades na gestão entre os entes federados, fomentando a corresponsabilização dos gestores estaduais e municipais na condução do Sistema de Saúde Público. Nessa perspectiva, os estados e, principalmente, os municípios passaram a ser responsáveis pela operacionalização e gestão financeira e de recursos humanos, outrora sob domínio quase que exclusivo pelo poder executivo nacional (LIMA et al., 2012, p. 1903–1914).

A operacionalização do SUS também envolve a necessidade de regionalizar as redes de atenção, o que permite a ação de diversos atores e promove a articulação entre entes federados além dos limites geográficos de atuação destes. A concentração de serviços de média e alta complexidade em áreas geográficas delimitadas, bem como as limitações de ordem populacional, financeira e administrativa de municípios pequenos, são entraves para as ações do SUS e, conseqüentemente, à prática do atendimento integral à saúde. Esses obstáculos podem ser superados através de negociações e articulações políticas dos gestores locais e múltiplos partícipes (MENDES, 1999; CAMPOS, 2006, p. 4117–4442). Cria-se, portanto, uma rede assistencial estruturada no planejamento, gestão, integração, regulação e financiamento inter-regional de serviços de saúde (LIMA et al., 2012, p. 1903–1914).

É importante ressaltar que a superação, em absoluto, do modelo hospitalocêntrico, burocrático e centralizado no Poder Executivo Nacional ainda não é completamente concreta. A dicotomia entre a centralização e descentralização regionalizada dos serviços de saúde é evidente na prática dos serviços, tornando-se necessário uma reflexão entre as tensões e potencialidades desse modelo regionalizado de atenção à saúde (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 204–211).

Portanto, para maiores esclarecimentos acerca das principais limitações e avanços da formação de sistemas de saúde inter-regionais, esse artigo tem por objetivo investigar a literatura em busca de evidências científicas que analisaram a regionalização do SUS como uma importante diretriz norteadora da operacionalização do sistema.

2. METODOLOGIA

O presente estudo representa uma revisão de literatura, cuja trajetória metodológica baseou-se na análise retrospectiva de estudos que tiveram enfoque na temática Regionalização do Sistema Único de Saúde, contribuindo para o processo de discussão e reflexão dos resultados dos estudos encontrados.

2.1 Critérios de elegibilidade dos estudos

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, em qualquer período de publicação, com textos disponíveis na íntegra, e que retrataram a temática desta revisão. E os critérios de exclusão foram: cartas ao editor e àqueles em duplicata.

2.2 Fontes de informação

A busca por informações foi realizada no período de junho a agosto de 2015, por meio das bases de dados eletrônicas MEDLINE/PubMed, LILACS, SCIELO e BBO. Ademais, foram examinadas as listas de referências dos artigos selecionados para a referida revisão. As estratégias de buscas foram baseadas pelos descritores "Regional Health Planning", "Health Planning", "Health Services" e "Unified Health System".

2.3 Estratégias de busca

Os descritores foram selecionados previamente e consultados no Decs (Descritores em Ciências da Saúde) pela base de dados eletrônica Decs via Biblioteca Virtual em Saúde. Após testar os termos isoladamente, identificando grafias alternativas e sinônimos, foram estabelecidos os descritores utilizados para compor as estratégias de busca, as quais foram: "Regional Health Planning" OR "Health

Planning" AND "Unified Health System"; "Regional Health Planning" AND "Health Services" AND "Unified Health System"; "Regional Health Planning" AND "Unified Health System"; "Regional Health Planning" AND "Health Services".

2.4 Seleção dos estudos

A princípio, foi realizada a seleção inicial dos estudos por três revisores de forma independente, através do rastreamento por leitura de títulos e resumos, tendo auxílio do *software Mendeley Desktop*. Após essa etapa, foi feita a leitura dos artigos selecionados na íntegra. Àqueles que obedeceram aos critérios de elegibilidade foram incluídos na presente revisão. Em casos em que houveram divergência, a inclusão ou exclusão foi feita por consenso entre os pesquisadores.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 REGIONALIZAÇÃO: BASES HISTÓRICAS E ASPECTOS CONCEITUAIS

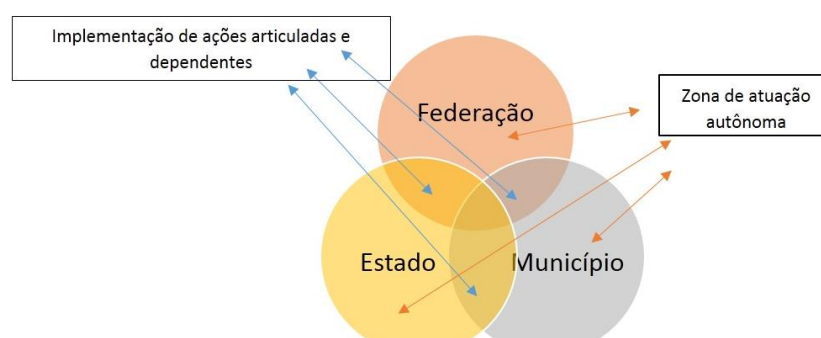
A Constituição Federal de 1988 atribui ao Estado o encargo de prover a população de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, com garantia de acesso universal, gratuito e igualitário (BRASIL, 1988). Com esse intuito, o Poder Constituinte criou o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja a regulamentação, porém, só ocorre em 1990, por meio das Leis Orgânicas de Saúde de nº 8.080/90 e 8.142/90, as quais tratam dos princípios e diretrizes organizacionais do sistema, bem como das competências e atribuições de cada esfera de governo (LIMA et al., 2012, p. 1903–1914).

A consolidação da saúde como um direito humano fundamental exige que o Estado se organize para garantir que as ações e serviços públicos sejam ofertados, seguindo os preceitos do SUS. Assim, como um instrumento de planejamento que se relaciona com a necessidade de organizar, no território, os esforços políticos, econômicos e sociais em torno de um projeto de desenvolvimento, seja ao nível setorial, regional ou nacional, tem-se a regionalização, a qual se apoia em uma concepção estrutural do Estado Brasileiro (MACHADO et al., 2012, p. 1903–1914).

É sabido que em um sistema federativo, a autoridade administrativa e o poder político, são distribuídos territorialmente entre instâncias de governo, de maneira que

o governo nacional e os subnacionais conservem certa independência em sua esfera própria de atuação (GIOVANELLA, et al. 2008, p.435-472). A organização federativa do Brasil, através da Constituição Federal de 1988, incorpora três atores autônomos: federação, estado e município, sendo o último consagrado com a condição de entes federados (DOURADO; LEIAS, 2011, p.204-211). Essas unidades políticas autônomas consubstanciam um Estado Soberano, este não concentra o poder em seu domínio exclusivo, no entanto, também não o dilui (JELLINEK, 1970).

Figura 1 – Esquematização das fronteiras de atuação mútuas e isoladas dos entes federados no Sistema Federativo do Brasil.



Fonte: Próprio autor, Feira de Santana/BA, 2015.

A atuação conjunta dos entes federados, naturalmente, permite a formação de um sistema de colaboração e coordenação federativa onde seus atores exercem influência complementar, ao mesmo tempo em que a autonomia e a liberdade de cada membro é preservada (DOURADO; ELIAS, 2011 p. 204–211). A figura 1 esquematiza a visão dinâmica de funcionamento do federalismo, a qual promove a interação entre a atuação autônoma e a ação coletiva dos entes federados (SCELLE, 1948).

Dando ênfase ao sistema organizacional do SUS, este reproduz o federalismo ao responsabilizar as três esferas de gestão na operacionalização desse sistema, e permite uma articulação entre seus diferentes atores na promoção de práticas de saúde integrais e livres de obstáculos territoriais administrativos. A colaboração mútua entre essas entidades federativas torna-se essencial para a promoção do bem-estar social e alcance de objetivos sociais e econômicos comuns (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 204–211). As bases para a regionalização da saúde, portanto, são fundamentadas no princípio federativo constitucionalizado no Brasil.

Dentro dessa estrutura federativa, as Leis Regulamentadoras do SUS estabelecem atribuições específicas de atuação dos entes em seu nível de abrangência e poderio político. Ao nível de promoção da regionalização, a federação é responsável por coordenar redes de referência de caráter interestadual/nacional além de atuar na implementação de políticas que apoiem práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. Já os gestores estaduais assumem a responsabilidade de regular sistemas municipais, coordenar redes de referência de caráter intermunicipal e apoiar as articulações intermunicipais, por fim, os municípios atuam no estabelecimento de fluxos de referência, integrando as redes de serviço em articulação com outros municípios (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Nessa perspectiva, a regionalização envolve a implementação de três-processos: o planejamento estratégico, a coordenação e a regulamentação de uma rede de ações e serviços além de limites territoriais político-administrativos (MENDES, 2010, p. 2.297–2.305; KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2.307–2.316).

É válido ressaltar o caráter de transformação econômica e social das redes regionalizadas de saúde. Ao permitir ao cidadão o acesso a um conjunto de bens e serviços de saúde próximos de sua localidade de trabalho ou residência, seja em um mesmo município ou em outro vizinho, (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012), fomenta-se a redução das desigualdades regionais (GADELHA; COSTA., 2012, p.61-90), afinal a promoção de ações de forma articulada e ordenada, fundamentadas pelas diretrizes do SUS, possibilita o suprimento das demandas sociais existentes na área de atuação das redes (MACHADO et al., 2012, p. 823–852).

3.2 NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS (NOB), NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS) E PACTOS PELA SAÚDE

A descentralização dos serviços de saúde, dando ênfase à gestão municipal, foi uma característica da primeira década do SUS. Esse período de transição foi marcado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), emitidas pelo Ministério da Saúde, deixando a regionalização em segundo plano durante esse primeiro momento (ALVES et al., 2010, p. 26–34; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 493–507; LIMA et al., 2012, p. 1903–1914).

Durante esse processo não houve incentivo federal para o fortalecimento das relações entre os estados e municípios, relações estas fundamentais para o fortalecimento da regionalização. As normas que definiram estratégias para garantir autonomia do município em prol ao gerenciamento do SUS, não incluíram uma participação efetiva da gestão estadual. Assim, o total monopólio do fomento de políticas públicas pelo ente federado, fortaleceu a municipalização, mas privou o avanço das relações estado-município na formação de redes de prestação de serviços de saúde (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 204–211; LIMA et al., 2012, p. 1903–1914; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010, p. 533–546). Esse mesmo período foi marcado por limitado incentivo financeiro para que os estados desempenhassem seu papel de impulsionadores das redes regionalizadas de saúde (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 493–507).

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAs), em 2000, traz pela primeira vez a definição de região e saúde. A regionalização foi então definida como uma macroestratégia para o aprimoramento da descentralização (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 204–211; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2317–2326). Assim, para operacionalizar o objetivo de formação de redes regionalizadas de saúde, a NOAS determina a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização, o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS no âmbito municipal e estadual, renovação dos objetivos de descentralização atrelando-os aos da regionalização (MACHADO et al., 2012, p. 823–852).

Por sua vez, o excesso de normatividade técnica e a rigidez para conformação de regiões de saúde NOAS, especificando critérios mínimos para definição de recortes regionais em todos o território nacional, serviram como uma barreira para efetivar os Sistemas Funcionais de Saúde. Poucos recursos financeiros federais também contribuíram para os entraves da implementação dos planos de regionalização propostos (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2317–2326).

As secretarias municipais de saúde mostraram resistência à efetivação dessas medidas, uma vez que a autonomia na gestão municipal já havia sido conquistada, sendo encarada como um processo de (re)centralização (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 204–211). As propostas estabelecidas pela NOAS não foram bem sucedidas, geraram disputas entre municípios e estados pelo controle da gestão, ao invés de se

ter a colaboração e pactuação desejada para a formação das redes de saúde (MACHADO et al., 2012, p. 823–852).

O Pacto pela Saúde, em 2006, lançou bases para o fortalecimento das pactuações intergovernamentais no processo de estruturação político-territorial no SUS, estabelecendo o ideal de regionalização solidária e cooperativa. Metas e objetivos foram estabelecidos aos entes federados no âmbito setorial. Os documentos lançados entre 2006 e 2010, resgataram o conteúdo político da regionalização, enfatizando a importância da conduta estadual na formação de sistemas de saúde, restringindo o papel federal no processo (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 204–211; MACHADO et al., 2012, p. 823–852; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2317-2326).

3.3 REGIONALIZAÇÃO: SABERES PRÁTICAS E DESAFIOS

O processo de regionalização foi desenvolvido nos estados brasileiros no período de 2007 a 2010. Os resultados da pesquisa apontaram diferentes estágios da regionalização em saúde nos estados brasileiros, evidenciando que a regionalização está entrelaçada às dinâmicas territoriais, às características do desenvolvimento econômico, às políticas de saúde anteriores, ao grau de articulação existente entre os representantes do Conselho de Representação das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2317-2326).

É notório que a dificuldade para o acesso integral à saúde está relacionado à desintegração territorial de instituições, serviços e práticas e dificuldade para formação de arranjos cooperativos entre os governos (CAMPOS, 2006, p. 4117–4442). E, por isso, estudos têm apontado limitações no avanço na implementação da regionalização no SUS no Brasil (SPEDO, PINTO, TANAKA, 2010, p.533–546; MACHADO et al., 2012, p. 823–852).

A dinâmica política para o sucesso da regionalização requer um equilíbrio entre centralização e descentralização. Entretanto, existem fatores limitantes desse processo de regionalização no Brasil, como: concentração/ centralização de recursos e tecnologias em algumas regiões; presença de linhas de integração dos serviços de saúde que seguem lógicas territoriais que extrapolam suas fronteiras; forte ingerência do poder político eleitoral em determinadas regiões e pesadas heranças

centralizadoras em alguns estados da federação (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 204–211).

O desenvolvimento e organização regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido discutidos através de estudos sobre as experiências municipais e estaduais diante da complexidade do pacto federativo brasileiro e das diversidades sociais e regionais (AUGÁ, 2011, p. 613–614).

Alves et al. (2010) realizaram um estudo para discutir as diretrizes de regionalização e financiamento, estabelecidos a partir de 2003, à luz dos indicadores epidemiológicos e da oferta assistencial, tomando como situação ilustrativa a assistência ao câncer de mama na macrorregião sudeste de Minas Gerais, e concluíram que a feição da oferta de atenção secundária e terciária só poderá ser modificada pela ação integrada das redes de atenção à saúde de forma mais efetiva.

Outra pesquisa qualitativa foi executada com o objetivo de analisar a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sertão do Araripe de Pernambuco (CISAPE). Esse estudo identificou que, em Pernambuco, o CISAPE se configurou como uma ferramenta importante para estimular a regionalização do SUS, porém com incipiente participação social (GALINDO et al., 2014).

Enquanto que, a pesquisa de Viana et al., (2010), com a finalidade de avaliar o processo de implementação de um projeto de organização de regiões de saúde no município de São Paulo, verificou a pouca governabilidade da gestão municipal do SUS no município para coordenar a regionalização dos serviços de saúde, um processo complexo que demanda articulação e pactuação política entre distintos atores institucionais e sociais com interesses, por vezes, conflitantes. Na medida em que os atores presentes nessa arena política identificam a fragilidade da gestão, mantém-se a resistência às propostas de integração interinstitucional.

Nesse sentido, o sucesso na formação de redes regionalizadas de saúde exige caráter cooperativo e solidário na construção de um processo permanente e sustentável de negociação. A busca de consensos é, portanto, essencial entre os atores implicados nesse processo (FLEURY, 2002, p. 221–247).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se, portanto, a presença de desafios a serem superados na formação de redes de saúde transterritoriais integradas e articuladas para suprir as reais necessidades de saúde da população. Obstáculos políticos, geográficos e financeiros limitam a formação desses sistemas e dificultam sua operacionalização, mesmo em locais onde o planejamento em saúde engloba a formação de redes de atenção, estas acabam restringindo-se ao campo de negociações políticas e, em prática, tornam-se difíceis de serem estruturadas.

Uma possível saída para esse entrave está em uma maior ênfase em projetos de regionalização que consigam ser efetivados, com ações vinculadas a todos os entes federados, além do incentivo à divulgação de ambientes de discussão e fomento de práticas de saúde integradas, em veículos de comunicação científica e espaços de debates comunitários.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. et al. A Regionalização E a Organização Das Redes De Assistência Na Macrorregião Sudeste De Minas Gerais. **Revista de APS**, v. 13, n. Suppl1, p. 26–34, 2010.

AUGÁ, M. A. D et al. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 613–614, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990. colocar do se trata a lei (Alteração realizada)

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizadora. Democracia, descentralização e desenvolvimento. **Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro, p. 4117–442, 2006. Erro no nome Fleury (Alteração realizada)

DOURADO, D. D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204–211, 2011.

JELLINEK, G. Teoría general del estado. **Albatros**, 1970.

FLEURY, S. El desafío de la gestión de las redes de políticas. **Revista Instituciones y Desarrollo, Barcelona**, v. 12, n. 13, p. 221–247, 2002.

GADELHA C.A.G; COSTA L.S. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores.

Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Colocar conforme ABNT (Alteração realizada)

GALINDO, J. M. et al. Gestão interfederativa do SUS : a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Revista Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1545–1566, 2014.

GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. **Fiocruz**. Rio de Janeiro, p.435-472, 2008.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 2.307–2.316, 2010.

LIMA, L. D. DE et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, 2012.

MACHADO, C. V. et al. Regionalização da Saúde no Brasil. **Editora Fiocruz**, v. 2, p. 823–852, 2012.

MENDES, E. Uma Agenda para a Saúde. **São Paulo: Editora Hucitec**, 1999.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 2.297–2.305, 2010.

NORONHA, J. C. DE; LIMA, L. DIAS DE; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde-SUS**, 2012.

SCELLE, G. Manuel de droit international. **Paris: Domat-Montchrestien**, 1948.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saude e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 533–546, 2010.

VIANA, A.L. D; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Cienc Saude Coletiva. **Ciência Saude Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493–507, 2002.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L. D. DE; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

Submetido em: 29 de janeiro de 2019

Aceito em: 06 de dezembro de 2019